



© Deutscher Apotheker Verlag

Das Leiden am Tinnitus

Ursachen der Ohrgeräusche und erfolgversprechende Behandlungsmöglichkeiten

Von Helmut Schaaf und Gerhard Hesse | **Tinnitus** bezeichnet Hörwahrnehmungen (Ohrgeräusche), die nicht durch Laute von außen bedingt sind. Auch bei gesunden Menschen ist ein Tinnitus im Prinzip vorhanden, er wird meist nur nicht als solcher wahrgenommen und – was wichtiger ist – nicht dauerhaft beachtet. Setzen sich Menschen etwa in einer schalldichten Kammer absoluter Stille aus, so entsteht innerhalb kurzer Zeit ein akustischer Eindruck. Das liegt daran, dass das Innenohr wegen seiner ständig aktiven Sinneszellen seit der Geburt ein sehr lauter Ort ist. In etwa vergleichbar ist dies mit einer Stereoanlage, die beim Einschalten des Stromes ein durchaus hörbares, meist leises Grundrauschen produziert.

Der vornehmlichste Grund für die Zunahme der Tinnitus-Wahrnehmung und des Leidens dürfte die zunehmende akustische Belastung sein, in der wir Menschen sowohl Verursacher als auch Leidende sind. Die Möglichkeiten für das

Ohr, sich gegen eine Reizüberflutung abzuschirmen, sind sehr begrenzt, denn es ist immer offen, auch nachts. Parallel dazu gehen viele seelische Erkrankungen – bei den oft für den Einzelnen relevanten Veränderungen und Brüchen – mit Tinnitus einher. Dann kann ein – oft schon vorher vorhandener, aber bis dahin nicht als quälend empfundener – Tinnitus deutlicher in die Wahrnehmung rücken und in den Vordergrund des Beschwerdebildes treten – auch bei (weitestgehend) normalhörigen Tinnitus-Betroffenen.

Ätiologie des Tinnitus: objektiv versus subjektiv

Nur selten sind Ohrgeräusche auch „von außen“ – objektiv – zu hören. So können größere Turbulenzen in kopfnahen Blutgefäßen als pulsierende Strömungsgeräusche wahrgenommen und vom Untersucher auskultiert werden. Ursachen hierfür können Veränderungen des Blutstromes, arterielle Stenosen, arteriovenöse Anastomosen oder – noch seltener – ein Glomustumor sein.

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder einem Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

Harmlos können Ohrgeräusche wie Klicken oder Schmatzen durch die Tubenöffnung entstehen. Funktionsstörungen des Gaumensegelpanners und Gaumensegelhebers (Musculi tensor et levator veli palatini) wie auch klonische Zuckungen der Mittelohrmuskeln, die direkt auf die Schalleitungskette wirken, können ebenfalls Ohrgeräusche hervorbringen, die objektiv als Klicken zu hören sind.

Subjektiver Tinnitus

Die übergroße Mehrzahl der Tinnitusformen ist „subjektiv“, d.h. von außen und für andere nicht hörbar. Auf der organischen Seite können alle Formen der Höreinschränkungen im Hörsystem einen Tinnitus als Phänomen verursachen. Kausale Abhilfe kann bei den am häufigsten vorkommen den Hochtontschwächen meist eine Hörverbesserung, vornehmlich durch eine angemessene Hörgeräteversorgung, erreichen. Die Tinnitusfrequenz entspricht meist dem Ort des maximalen Hörverlustes. Dabei führt die Wahrnehmung eines Tinnitus noch lange nicht zu einem Leiden am Tinnitus:

- So haben 35 bis 45% aller Erwachsenen zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens ein Ohrgeräusch erlebt,
- 15% hören das Geräusch über einen längeren Zeitraum (chronischer Tinnitus),
- 8% sind durch das Geräusch belästigt und entwickeln Folgestörungen wie Schlafprobleme oder Konzentrationschwächen (chronisch komplexes Tinnitus-Leiden),
- 0,5% der Erwachsenen fühlen sich durch die Ohrgeräusche wesentlich in ihrer Lebens- und Gestaltungsfähigkeit eingeschränkt (dekompensierte komplexe Tinnitus Leiden).

Wie wird aus Tinnitus ein Leiden am Tinnitus?

1993 entwickelte Jastreboff zusammen mit Hazell zur Erklärung dieses Phänomens ein „neurophysiologisches Modell“, das den Tinnitus – unabhängig vom Generator – als Folge einer Fehlschaltung im neuronalen Netzwerk erklärt.

Zur objektiven Realität gehört dabei, dass sich die Tinnitus-Lautheit – außer bei den seltenen objektiven Tinnitusformen – vergleichend immer zwischen 5 bis maximal 15 Dezibel über der Hörschwelle bestimmen lässt. Das entspricht Blätterrascheln oder einem Computergeräusch. An solche Geräusche – und auch an viel lautere Geräusche, die von außen kommen – gewöhnt man sich in der Regel schnell und nimmt diese dann nicht mehr wahr. Dieser Prozess wird Habituation genannt.

Zur subjektiven Realität gehört, dass die Betroffenen „ihren“ Tinnitus oft als sehr viel lauter empfinden und ihn in der Regel – subjektiv stimmig – für die entscheidende Ursache ihrer Beschwerden wie Unruhe, Nervosität, Schlafstörungen bis hin zu depressiven Entwicklungen halten.

Die Wirklichkeit des Hörens

Betrachtet man die Wirklichkeit des Hörens, so zeigt sich, dass unbekannte neue Höreindrücke so lange keine Ruhe

Befürchtungen und Erfahrungen

Häufig befürchten Betroffene, dass der Tinnitus

- mit der Zeit lauter wird
 - der Grund für eine (ggf. weitere) Hörverschlechterung sein kann
 - „verrückt“ machen kann
- Die Erfahrung zeigt, dass der Tinnitus
- eher mit der Zeit immer weniger laut wahrgenommen wird
 - nie der Grund für eine Hörverschlechterung sein kann
 - von allein nicht „verrückt“ machen kann
 - von außen nie lauter als 5 – 15 dB ist (entspricht Blätterrascheln oder Computergeräusch)

geben dürfen, bis eine beruhigende Kenntnisnahme über die Art und Weise des Geräusches erreicht wurde.

Entwicklungsgeschichtlich wurde durch den Fernsinn Hören die überlebenswichtige Fähigkeit geschaffen, etwa beim Knacken eines Astes sofort hinzuhören, gegebenenfalls aufzuspringen, anzugreifen, zu fliehen, oder sich tot zu stellen. Daraus wurde ein evolutionär etablierter „Zwang“, sich neu auftretenden Geräuschen sofort und in höchster Alarmsbereitschaft zuzuwenden. Nur wenn etwas Bekanntes oder Vertrautes identifiziert werden kann, darf Entspannung einkehren. Ansonsten ist es wichtig, sich mit dem Neuen vertraut zu machen oder einen ungefährlichen Umgang zu finden. Deswegen erfordert ein unbekannter und meist negativ bewerteter neuer Höreindruck so viel Aufmerksamkeit.

Dies gilt auch für den Höreindruck Tinnitus, der dem Betroffenen in aller Regel unbekannt ist und von ihm negativ bewertet wird. Dabei stellen sich Reaktionen ein, in denen sich viele Anteile des Musters „Angriff oder Flucht oder Totstellen“ wiederfinden lassen. Für den Betroffenen kann dabei so viel angespannte Aufmerksamkeit nötig werden, dass sie negative Auswirkungen haben kann:

- Nervosität,
- Konzentrationsstörungen,
- Schlafstörungen,
- eine depressive Entwicklung mit Ängsten.

Der Tinnitus kann seelische Not hörbar machen

Umgekehrt kann der Tinnitus aber ein erstes, für den Patienten hörbares Zeichen einer seelischen Not oder Krise sein. Dann vermutet man modellhaft eine Schwächung der „Hörfilter“. (Hörfilter sind Funktionssysteme, die gewohnte oder nicht notwendige Töne unterdrücken und ablenken, bevor sie in die Wahrnehmung kommen können, z.B. das ständige Ticken einer Uhr.) Dann äußert sich der Körper da, wo die Seele sich nicht verständlich machen kann. Solange die überbrachte Botschaft unklar bleibt, muss der Tinnitus vor der Gewöhnung bewahrt bleiben oder gar an (subjektiver!) Lautheit zunehmen (Abb. 1). →

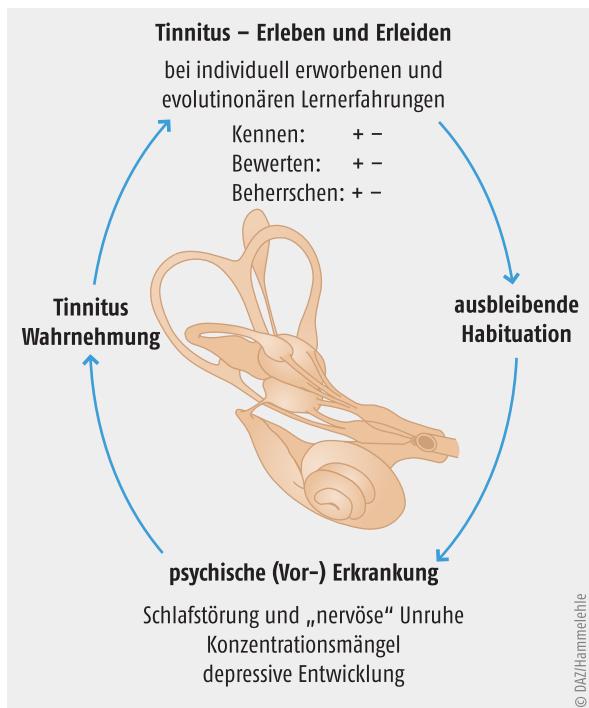


Abb. 1: **Wie geht der Betroffene** mit der Wahrnehmung des Tinnitus um? Das ist die entscheidende Frage. Wenn die Habituation nicht gelingt, entwickelt sich ein Teufelskreis.

Die – dem Patienten und natürlich auch dem Umfeld nicht bewusste – Gefahr liegt allerdings darin, dass der Ruf nach Hilfe auf die körperlich empfundene (somatisierende) Komponente beschränkt bleibt. Erst wenn das Tinnitus-Leiden als körperlich ausgedrückte, seelisch getriebene Not verstanden und bearbeitet wird, besteht die Chance auf Heilung.

Teufelskreis

- Der Tinnitus verstärkt die zunehmend krankhaft werdenden Reaktionen; die zunehmende psychische Not verstärkt die Tinnitus-Lautstärke.
- Wird dieser Teufelskreis nicht gestoppt, kann er zu einer totalen Erschöpfung führen.

Therapeutische Ansätze

Im Akutfall:

Der akute, erstmals aufgetretene Tinnitus mit einem akuten Hörverlust (!) wird in der Bundesrepublik wie ein akuter Hörsturz in aller Regel als Eilfall (nicht als Notfall) angesehen und behandelt (Leitlinie Tinnitus der AWMF).

Zeigt sich HNO-ärztlich ein Anhalt für einen Hörsturz oder einen akuten Lärmschaden, so wird zu einer Infusionsbehandlung geraten. Vermeiden sollte man, bei einem nicht erkannten Ohrpropf (harmloser Irrtum) oder einem nicht diagnostizierten Tumor (folgeschwerer Irrtum) ohne HNO-Arzt-Konsultation eine Infusionstherapie einzuleiten.

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder einem Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

Aktuelle Leitlinie Hörsturz:

Die aktualisierte Leitlinie Hörsturz wurde von der wissenschaftlichen Vereinigung der Hals-Nasen-Ohrenärzte erstellt und von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ins Internet gestellt. Hier die Aussagen zur Arzneitherapie:

- Durchblutungsmittel wie Pentoxifyllin (z.B. Trental[®]) oder auch Ginkgopräparate werden nicht mehr empfohlen, da sie für die plötzliche Hörminderung keinerlei Wirksamkeitsnachweis erbringen konnten.
- Das Volumenersatzmittel HAES wäre zwar für viele Hörsturzpatienten sinnvoll, aber wegen relevanter Nebenwirkungen sollte es nach einer Empfehlung des Bundesgesundheitsministeriums und der Hersteller nicht mehr eingesetzt werden (außer bei massiven Blutverlusten).
- Deshalb empfiehlt die Leitlinie als einzige Arzneitherapie die hochdosierte Gabe von Cortison; diese kann als Infusionslösung oder oral verabreicht werden.
- Vor der Cortison-Gabe kann ein bis zwei Tage zugewartet werden, weil Spontanheilungen durchaus häufig sind.

Intratympanale Cortison-Therapie:

In der Leitlinie wird für den Fall, dass nach fünf bis sieben Tagen keine Besserung erfolgt, als sogenannte „Reservetherapie“ eine intratympanale Cortison-Behandlung empfohlen. Dabei wird Cortison, gebunden an eine Trägerlösung, direkt in das Mittelohr gespritzt. Es diffundiert dann durch das runde Fenster in das Innenohr und kann dort seine Wirkung entfalten. In den letzten Jahren haben zahlreiche Studien eine gute Wirksamkeit dieser Behandlung belegt, besonders in den Fällen, wo die Erstbehandlung keine deutliche Hörverbesserung erbracht hat [10].

Das Cortison wird in lokaler Betäubung injiziert, worauf der Patient etwa eine halbe Stunde auf der Seite liegen muss. Die Behandlung, die auch ambulant durchgeführt werden kann, wird drei- bis fünfmal wiederholt.

Im chronischen Stadium:

Im chronischen Stadium sind weitere medikamentöse Therapien, die auf eine Verbesserung der Durchblutung zielen, kontraindiziert. Das Innenohr wird von einer einzigen Arterie versorgt. Wäre diese Versorgung unzureichend, müsste ein drastischer Hörverlust eintreten.

Auch die Vorstellung, man könne mit apparativen Methoden – sei es mit starken Magneten, elektrischen Impulsen oder gar gefilterten modulierten Tönen (Stichwort „Neurostimulation“) – eine Umkehr der Tinnituswahrnehmung erreichen, wird dem komplexen Verarbeitungsmodus akustischer Reize nicht gerecht; mit diesen Methoden wurde keine wissenschaftlich nachweisbare Besserung der Tinnitusymptomatik erzielt [6].

Aus den Grundgesetzen der Wahrnehmung geht hervor, dass jedes weitere Bemühen, den Tinnitus „zu beseitigen“, das Leid am Tinnitus eher steigert als mindert. Denn für eine Erkrankung innerhalb der Wahrnehmung gelten andere, teilweise gegensätzlich erscheinende Regeln als für kör-

perlich reparable Störungen. Die Aufmerksamkeit auf den Tinnitus fördert mehr das Leiden und weniger die Habituation. Für einen chronisch gewordenen Tinnitus, der deswegen aber nicht immer wahrgenommen werden muss, muss sich also die Behandlungsstrategie ändern.

Man kann nicht nicht-wahrnehmen

Wer auf die Beseitigung seines chronischen, das heißt immer vorhandenen Tinnitus besteht und dem seine ganze Aufmerksamkeit opfert, wird seinen Tinnitus immer wahrnehmen müssen.

Eine entängstigende Aufklärung (Counselling) des Patienten, der sich dabei mit den Ursachen und Auswirkungen des Tinnitus vertraut macht, ist die wohl wichtigste Voraussetzung, um den aufreibenden Kreislauf zwischen Tinnitus und Aufmerksamkeit beenden zu können.

Basierend auf einer guten neurootologischen, aber eben auch psychosomatischen Einschätzung des Patienten, sollte dann ein für den Patienten nachvollziehbares Wirkmodell aufgestellt werden, das ihm verständlich macht, was veränderbar und was nicht veränderbar ist.

Hörgeräte

Da die Ursache der subjektiven Tinnitusformen in aller Regel in der Hörwahrnehmung von der Hörschnecke (Cochlea) bis zum Hörzentrum zu suchen ist und organisch meist ein Hörverlust als Verursacher gefunden werden kann, ist eine gute Hörgerätversorgung oft der sinnvollste und einfachste Einstieg in eine symptommindernde Behandlung – wenn der falsche Stolz ihr nicht im Wege steht.

Schwerhörige nehmen einen Tinnitus schon deswegen vermehrt wahr, da die überdeckenden Außengeräusche fehlen. Die Vergrößerung und Optimierung des akustischen Angebotes soll in erster Linie das Gehör entlasten. Zweitens soll sie den Regelkreis außer Kraft setzen, in dem der zuständige Teil des Kortex (die „Hörrinde“) den einzelnen Stationen der Hörbahn Verstärkung und vermehrtes Hinhören verordnet, weil bei ihm bestimmte Frequenzen wegen des Hörverlustes nur sehr abgeschwächt ankommen.

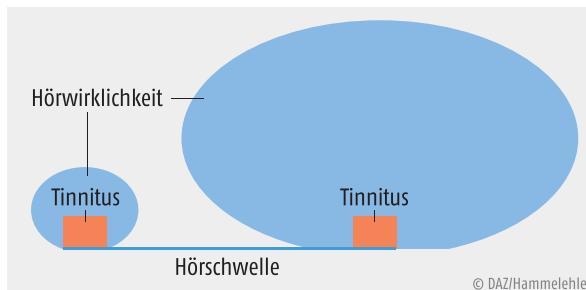


Abb. 2: Tinnitus in Relation zur Hörwirklichkeit. Der Tinnitus liegt in der Regel 10 bis 15 dB über der Hörschwelle und macht bei Schwerhörigen den Großteil der Hörwirklichkeit aus. Je mehr ein Hörgerät die Hörwirklichkeit vergrößert, umso weniger stört der Tinnitus.

Auch muss der Patient sich nicht mehr so stark konzentrieren, um Unterhaltungen folgen zu können, was ebenfalls den Tinnitus laut erscheinen lassen kann. Das bei den herkömmlichen Hörgeräten meist unvermeidliche Grundrauschen fördert die Gewöhnung im obigen Sinne.

So kann der Tinnitus bei einer relevanten Schwerhörigkeit allein schon durch die Hörgeräte nahezu komplett in den Hintergrund gedrängt werden (Abb.2).

Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren können eine bedeutsame Rolle in der Tinnitustherapie einnehmen. Sie sind geeignet, die bei Tinnituspatienten oft erhöhte psychophysiologische Erregung zu reduzieren – und damit u. a. die Habituation zu erleichtern.

Habituation ist ein basaler Lernprozess, der bei wiederholtem Auftreten identischer, sensorischer Stimuli einsetzt und dazu führt, dass eine anfängliche Orientierungsreaktion mit Aufmerksamkeitszuwendung, begleitet von physiologischer Anregung, vermindert wird und ausbleibt, wenn der Stimulus keine Handlungsnotwendigkeit mehr signalisiert. Die Effektivität dieser Maßnahme kann als Beeinflussung des Vegetativums wie auch über Mechanismen der Defokussierung erklärt werden: Konzentriert sich der Patient auf die Instruktionen und den körperlichen Entspannungszustand, wird er allein dadurch die Ohrgeräusche vorübergehend weniger beachten. So kann er die Erfahrung machen, dass der Tinnitus in der Wahrnehmung kontrollierbar ist und das Gefühl der Hilflosigkeit abnimmt.

Die damit erreichbare emotionale Ausgeglichenheit und Abnahme der ängstlichen Beobachtung kann dazu beitragen, dem Tinnitus gegenüber gelassener zu werden, was wiederum die subjektive Lautheit reduzieren kann. Nach unserer Erfahrung ist dabei die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson am einfachsten zu erlernen – von einer CD oder in einer (Volkshochschul-)Gruppe – und hat einen hohen Wirkungsgrad.

Retraining und Hörtherapie

Eine „Tinnitus Retraining Therapie“ setzt eine aktive Mitarbeit des Patienten voraus. „Retraining“ bedeutet „umtrainieren“. Dabei soll durch Habitutionsprozesse gelernt werden, das Ohrgeräusch ins Unterbewusstsein zu verlagern und nicht mehr bewusst wahrzunehmen.

Eine bewusste (und erlernte) Hörtherapie setzt störungsspezifisch, gezielt und systematisch beim Hören an [5]. In der Vorstellung, dass die gleichen Mechanismen aus einer Tinnitus-Wahrnehmung ein Tinnitus-Leiden und aus einem guten Hören eine Hyperakusis entstehen lassen können, vermittelt die Hörtherapie eine Selbsterfahrung: Sie ermöglicht ein bewussteres Erleben der eigenen Hörwahrnehmung und maximiert dabei die Chancen für eine Besserung der Symptomatik. Dazu gehört auch, dass Schwerhörige frühzeitig mit Hörhilfen versorgt werden (und geschult werden, sie richtig anzuwenden). Im Umgang mit dem Hören darf →

auch erlebt und gelernt werden, welche emotionalen Einflüsse eine Bedeutung für das Tinnitus-Erleben haben können. Ein Schwerpunkt in einer aktiven, bewussten Hör- oder Habituationstherapie sind die Übungen, welche die Filterfähigkeit des Hörsystems entwickeln und fördern sollen. Dies sind z.B. Fokussierungsübungen, bei denen aus großen Hintergrundgeräuschen eine Information herausgefiltert werden soll.

Dazu wird in Übungen erlernt,

- Störschall von Nutzschall zu trennen und parallel eine positive Hörwahrnehmung zu erleben,
- das selektive Hören und Richtungshören zu verbessern,
- Strategien zu entwickeln, sich besonders in Momenten, wo der Tinnitus sehr stark erscheint und stört, auf andere Geräusche zu konzentrieren,
- Hörgeräte richtig zu nutzen.

Es geht vor allen Dingen darum, aversive Reaktionen auf das Ohrgeräusch, wie Angst und Hilflosigkeit, im direkten Erleben zu vermindern. Dies kann wesentlich dazu beitragen, dass die empfundene Belästigung durch den Tinnitus abnimmt.

Musik ist ebenfalls eine der wichtigen Möglichkeiten, Veränderungen anzustoßen. Dabei ist nach unserer Erfahrung oft klassische Musik, etwa von Mozart und Bach, gut geeignet. Sie muss aber auf jeden Fall den Geschmack treffen. Wichtig dabei ist, sich mindestens dreimal täglich für eine Zeit von 10 bis 20 Minuten konzentriert, am besten in einem bequemen Sessel oder auf der Couch, hinzusetzen und die Musik möglichst über Kopfhörer zu hören.

Wenn dies einige Tage in Folge praktiziert wurde, kann der nächste Hör- und Therapieschritt folgen. Nun soll der Patient gezielt bestimmte Instrumente aus der Musik heraushören. So kann Schritt für Schritt das ganze akustische System in seiner großen und gestaltbaren Vielfalt genutzt werden.

Was kann der Apotheker tun?

Wenn sich Tinnitus-Patienten in ihrer Not statt an den Arzt, von dem sie sich vielleicht nicht ausreichend verstanden fühlen, an den Apotheker wenden, ist dieser oft versucht, etwas anzubieten, was den Tinnitus aus der Wahrnehmung verbannen soll. Doch leider unterstützen einleuchtend erscheinende, aber eben nicht zutreffende Konzepte hinsichtlich eventueller Durchblutungsprobleme die weitere Tinnitus-Wahrnehmung. Denn wenn ich etwas einnehme, was den Tinnitus mindern soll, muss ich auch weiter hinhören, ob das wirklich so ist, was meine Tinnitus-Aufmerksamkeit zwangsläufig erhöht.

Ähnlich wie bei dem Wunsch, nicht an eine Zitrone zu denken, wird die Wahrnehmung für das zu Unterdrückende aktiviert. Die Einnahme von Medikamenten gegen den Tinnitus, z.B. von Ginkgo [7], stützt diese ungünstige Strategie. Die einzige Arzneimittelgruppe, die bei Patienten mit chronischem Tinnitus indiziert sein kann, sind Antidepressiva.

Folgendes kann der Apotheker den Tinnitus-Patienten guten Gewissens empfehlen:

- die progressive Muskelentspannung (z.B. mit einer CD),
- den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe (Adressen auf der Website der Deutschen Tinnitus-Liga: [> DTL - Wir über uns](http://www.tinnitus-liga.de)), oder ihm von jemandem zu berichten, der es geschafft hat, mit dem Tinnitus besser umzugehen.
- eine HNO-ärztliche Untersuchung (wenn der Patient schwerhörig erscheint), denn ein Hörgerät oder ein Rauscher bessern mit hoher Wahrscheinlichkeit in den nächsten zwei Jahren die Symptomatik.

Auch die Seele der geplagten Patienten sollte zu ihrem Recht kommen: Hilfreiche Angebote von Mensch zu Mensch tun ihr gut und können manchmal Wunder wirken. |

Literatur

- [1] Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen und Neurologen (ADANO). Leitlinie Tinnitus. www.hno.org/leitl.htm
- [2] Drew S, Davies E Effectiveness of Ginkgo biloba in treating tinnitus: double blind, placebo controlled trial. BMJ 2001;322:73-79
- [3] Hesse G Die Neurologisch psychosomatische Habituationstherapie. HNO 2008;56(7):686-693
- [4] Hesse G Tinnitus. Thieme, Stuttgart 2011
- [5] Hesse G, Schaaf H Manual der Hörtherapie. Thieme, Stuttgart 2012
- [6] Hesse G Neurostimulation bei Tinnitus „Auf der Suche nach dem verlorenen Schalter“. DNP – Der Neurologe & Psychiater 2014;15(4):60-64
- [7] Hilton MP, Zimmermann EF, Hunt W Ginkgo biloba for tinnitus. Cochrane Ear, Nose and Throat Disorders Group Assessed as up-to-date: 12.3.2012
- [8] Jastreboff PJ, Hazell JWP A neurophysiological approach to tinnitus: Clinical implications. Br J Audiol 1993;27(1):7-17
- [9] Pilgram M, et al. Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland. Eine repräsentative epidemiologische Studie. HNO aktuell 1999;7:261-265
- [10] Plontke SK, et al. A systematic review and metaanalysis of intratympanic glucocorticosteroids for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Cochrane Database Syst Rev (Protocol) 2009, Issue 4; Full Review 2013
- [11] Schaaf H, Eichenberg C, Hesse G Tinnitus und das Leiden am Tinnitus. Der Psychotherapeut 2010;55:225-232
- [12] Schaaf H, Hesse G. Tinnitus: Leiden und Chance. Profil, 2011

Autoren

Dr. med. Helmut Schaaf, Arzt und Psychotherapeut, seit 15 Jahren Oberarzt bei Prof. Hesse, Buchautor und Spezialist für Gleichgewichtserkrankungen



Prof. Dr. med. habil. Gerhard Hesse, Hals-Nasen-Ohrenarzt und Gesundheitsökonom, Vorstandsmitglied der Vereinigung der Mitteldeutschen HNO-Ärzte, stellvertr. Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der DTL, HNO-Lehrstuhl (Prof. Dr. A. Laubert) an der Universität Witten-Herdecke



Tinnitus-Klinik am Krankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen
E-Mail: ghesse@tinnitus-klinik.net

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder einem Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

„Tinnitus vaskulärer oder involutiver Genese gibt es nicht!“

Nachfragen zu einer adjuvanten Tinnitus-Therapie mit Ginkgo

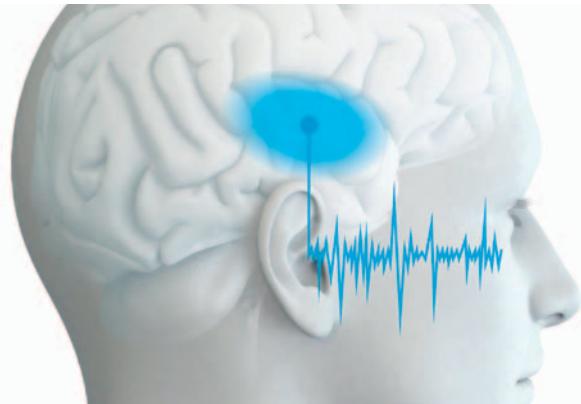
Prof. Dr. Gerhard Hesse und Dr. Helmut Schaaf raten in nebenstehendem Beitrag von der Einnahme von Medikamenten gegen Tinnitus ab. Das wirft Fragen auf, die uns Professor Hesse, Chefarzt der Tinnitus-Klinik in Bad Arolsen und Mitglied der Leitlinien-Kommissionen Hörsturz und Tinnitus der Deutschen HNO-Gesellschaft beantwortet hat.

DAZ: Mit Tebonin® bei Ohrgeräuschen gibt es ein Ginkgo-Präparat, das zur adjuvanten Anwendung von Ohrgeräuschen vaskulärer und involutiver Genese als Arzneimittel zugelassen ist. Wie sehen Sie diese Indikationen?

Hesse: Wir haben uns in der Leitlinienkommission sowohl für Tinnitus als auch für Hörsturz mit der Literatur zum Ginkgo-Extrakt, also auch zu Tebonin® umfassend auseinandergesetzt und die entsprechende Literatur bewertet. Zunächst muss festgestellt werden, dass es einen Tinnitus vaskulärer oder involutiver Genese nicht gibt: Tinnitus kann als Folge von Hörminderungen entstehen, die auch auf einer Involution, d.h. einer Degeneration, etwa im Alter, basieren können. Aber dann ist nicht der Tinnitus selbst Teil der Degeneration, er entspricht ja gerade abnormaler Aktivität der Hörbahn. Daher entspricht er eher einer kompensatorischen Hyperaktivität bei Hörverlust, als kortikale Reaktion. Wenn der Hörverlust etwa durch Medikamente wie auch Ginkgo verbessert werden könnte, dann könnte das auch den Tinnitus beeinflussen, das ist aber – leider – nicht der Fall.

DAZ: Eine solche Zulassung ist ja nicht so einfach zu erhalten. Es müssen Studien vorgelegt werden, die die Wirksamkeit beweisen. Der Hersteller verweist auf eine Metaanalyse von Von Bötticher: Neuropsych. Dis. Treat. 2011;7:441–447.

Hesse: Die „Metaanalyse“ des Herrn v. Bötticher ist nicht etwa publiziert in einer gelisteten HNO-Zeitschrift, sondern in einer Online-Publikation („Neuropsychiatric Disease and Treatment“). Diese Metaanalyse hat alle wichtigen Publikationen zum Thema ausgeschlossen wegen angeblicher methodischer Mängel und nur die drei Publikationen eingeschlossen, die sich für Gingko ausgesprochen haben, wiederum keine in einer hochwertigen HNO-Zeitschrift. Dagegen sind in den letzten Jahren mehrere Studien erschienen, die hochwertig sind, davon wurden zwei (Drew et al. 2001 im British Medical Journal und Holgers et al. in Audiology) durch v. Bötticher ausgeschlossen, die eindeutig belegen, dass Gingko nicht besser bei Tinnitus wirkt als Placebo. Zwei ganz aktuelle hochwertige Metaanalysen kommen, an-



Hörtherapien funktionieren nur, wenn der Patient lernt, sein Ohrgeräusch zu überhören, so Prof. Dr. Gerhard Hesse.

Foto: axel kock - Fotolia.com

ders als Herr v. Bötticher, zu folgendem Ergebnis: die Cochrane-Analyse (Hilton et al. 2013), als Update einer Analyse von 2004, 2007 und 2009, kommt zu dem Ergebnis, Gingko sei nicht effektiv zur Behandlung des Tinnitus. Eine weitere hochwertige Metaanalyse von 2012 (Roland und Nergard) kommt zu dem gleichen Ergebnis. Hier wird nicht nur betont, Gingko-Extrakt sei bei Tinnitus unwirksam, sondern auch bei Demenz, bei akutem Schlaganfall und bei Claudicatio. Vielmehr vergrößere es sogar das Blutungsrisiko. Damit gibt es keine Daten, die den Effekt von Gingko belegen!

DAZ: Sie führen an, dass sich bei Anwendung von Ginkgo-Präparaten der Patient noch mehr auf seine Ohrgeräusche konzentriert und Strategien wie Retraining damit konterkariert werden. Könnte nicht auch der gegenteilige Effekt auftreten, also der, dass der Patient im Vertrauen auf die Einnahme eines wirksamen Arzneimittels die Hörgeräusche vermindert wahrnimmt?

Hesse: Ja, so arbeiten Placeboeffekte: Der Patient hofft auf Besserung, damit tritt sie dann ein – wenn auch meist nur kurzfristig. Hörtherapien, bei denen der Patient lernt, sein Ohrgeräusch zu überhören, funktionieren nur, wenn der Patient verstanden hat, dass sich das Ohrgeräusch als Fehlfunktion zentraler Steuerung und Überaktivität nicht durch ein Medikament abschalten lässt, sondern nur beeinflussbar ist durch eine Veränderung der Hörwahrnehmung.

DAZ: Herr Professor Hesse, vielen Dank für das Gespräch! |

Interview Dr. Doris Uhl, Stuttgart

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder einem Intranet ohne Zustimmung des Verlags!